الباب السابع

الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل الحادي والأربعون

الإنعاش القلبي الرئوي وقرار عدم محاولة الإنعاش

عودة النبض ليست نجاة • عدم الجدوى وعدم التناسب ورفض القادر • فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 بنصها وموضعها • السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش • الإنعاش البطيء أو الرمزي وطلب الأسرة «فعل كل شيء» • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب السابع: نهاية الحياة وحدود التدخل • الجمهور المقصود: الأطباء والتمريض وفرق الإنعاش والعناية المركزة والطوارئ والتخدير والأورام وطب الأطفال، وأعضاء لجان الأخلاقيات، والإدارات الطبية، وطلاب العلوم الصحية • الفصل الأم لـ: فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) (تاريخها وموضعها ونصها)، والسياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش وقرار المجلس الصحي السعودي رقم (3/64) ومراجعتها الشرعية، ونطاق أمر عدم الإنعاش ومراجعته حول الجراحة والتخدير، والإنعاش البطيء أو الرمزي، وطلب الأسرة «فعل كل شيء»، وعدم الإنعاش في الأطفال • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 8، 9، 10، 13، 25، 27، 33، 37، 38، 39، 40، 42، 43، 45، 46 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

يجيب الفصل عن سؤال يتكرر في كل مستشفى: متى تكون محاولة الإنعاش القلبي الرئوي واجبًا لإنقاذ نفس يمكن إنقاذها، ومتى يكون الامتناع عنها قرارًا مشروعًا لا تفريطًا ولا تعجيلًا بالموت؟ والجواب عنده أن الحكم يتبع قدرة الإجراء على تحقيق مقصده لدى هذا المريض بعينه، لا قيمة حياته ولا انطباع الفريق عنها.

في الركن الطبي يفرق الفصل بين عودة النبض والنجاة ذات المعنى، ويوجب استبعاد الأسباب القابلة للعكس قبل أي حكم، ويحصر أثر أمر عدم الإنعاش في عدم بدء المحاولة عند التوقف، مع بقاء كل رعاية نافعة. وفي الركن الأخلاقي يميز مسارين لا يختلطان: الحكم الطبي بعدم الاستطباب، ورفض المريض القادر. ويضع حدود دور الأسرة، ويرفض الإنعاش البطيء أو الرمزي رفضًا قاطعًا.

وفي الركن الفقهي يبسط فتوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ بنصها وموضعها في المجموع، ويبين دلالات صورها الست وحدودها، ويفرقها عن القرار 17 (5/3) في معيار الوفاة. وفي الركن النظامي يعرض السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش الصادرة عن المجلس الصحي السعودي في 14/6/1438هـ (13 مارس 2017م) بعد قراره 3/64 بتشكيل لجنة إعدادها، وأحكامها في النصاب والتواصل والمراجعة والنقل والجراحة، ثم مواد نظام مزاولة المهن الصحية ذات الصلة.

وتطبق الحالات الأربع ذلك على رفض مريضة قادرة في سرطان منتشر، وأسرة تطلب «كل شيء» مع اقتراح إنعاش بطيء، وابن يطلب إخفاء الأمر عن أبيه القادر، وطفل بمرض عصبي عضلي نهائي يعترض والداه.

الكلمات المفتاحية: الإنعاش القلبي الرئوي؛ أمر عدم الإنعاش؛ عدم الجدوى؛ التناسب العلاجي؛ سقف العلاج؛ الإنعاش البطيء؛ فتوى اللجنة الدائمة 12086؛ السياسة الوطنية لعدم الإنعاش؛ القرار 3/64؛ الأسرة وطلب «فعل كل شيء».

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

منذ منتصف القرن العشرين صار في يد الطبيب ما يستعيد به الدورة الدموية في حالات معينة: الضغطات الصدرية، وإزالة الرجفان، وتأمين مجرى الهواء، والأدوية. غير أن هذه القدرة كشفت معضلة مقابلة: فليس كل ما يمكن فعله ينبغي فعله. فقد يتحول إجراء شُرع لإنقاذ الحياة إلى تدخل مؤلم يطيل الاحتضار ولا يغير مسار مرض نهائي. ومن هنا نشأ أمر عدم محاولة الإنعاش القلبي الرئوي، بوصفه أمرًا طبيًا موثقًا بعدم بدء المحاولة عند التوقف، داخل خطة رعاية لا بديلًا عنها [1، 2].

ويتميز السياق السعودي بمرجعيتين مكتوبتين قلّما توجدان في غيره: فتوى رسمية للجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء في صور عدم استعمال أجهزة الإنعاش [3]، وسياسة وطنية موحدة أصدرها المجلس الصحي السعودي تثبت تلك الفتوى ضمن مراجعها الفقهية [4]. ومع ذلك رصدت

CC BY-NC-ND 4.0

دراسات سعودية تفاوتًا في فهم المرضى والأسر والممارسين لمعنى عـدم الإنعـاش وحـدوده [5–7]؛ فوجود النص لا يغني عن فهمه.

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

رسّخت إرشادات جمعيـة القلب الأمريكيـة لعـام 2025م في بـاب أخلاقيـات الإنعـاش أن قـرارات الإنعاش جزء من أهداف الرعايـة، وأن الإنـذار لا يُبـنى على مؤشـر منفـرد [1]. وأكـدت إرشـادات المجلس الأوروبي للإنعـاش لعـام 2025م في الأخلاقيـات التخطيـط المسـبق والقـرار المشـترك، ورفض المعايير المبنية على العمـر أو الإعاقـة وحـدهما [2]. وميّـزت دراسـة شـنايدرمان وزملائـه المؤسسـة بين الجـدوى الفسـيولوجية والمنفعـة ذات المعـنى للمـريض [8]. ثم انتقـل الاصـطلاح المهني إلى «العلاج الذي قد يكون غير ملائم»، ومعه مسار إجرائي للنزاع بدل أن يحسـمه طـرف واحد [9، 10].

وأسهمت أدبيات التجربة العلاجية محددة المدة [11]، ومحادثات المرض الخطير [12]، والتخطيط المسبق للرعاية [13]، ورعاية نهاية الحياة في العناية المركزة [14]، في نقـل القـرار من لحظـة التوقف إلى تواصل مبكر منظم. وفي الأخلاقيات العامة يقدم إطار المبادئ الأربعة لغة مشـتركة [15]، ويكملـه المنهج التطـبيقي عنـد جونسـن وزملائـه [16]. وفي السـياق الإسـلامي عـالج البـار وشمسي باشا عدم الإنعاش وموت الدماغ من منظور إسلامي [17، 18]، وقدم باديلا مـدخلًا إلى الأخلاق الطبية الإسلامية [19].

ومـا يضـيفه الفصـل ثلاثـة أمـور. الأول: حسـم بيانـات الفتـوى 12086 والسياسـة الوطنيـة من مصادرهما المنشورة، ليكون الفصل موضعها الأصيل في الكتاب. والثاني: تحرير نطـاق أمـر عـدم الإنعـاش ومـا لا يـدخل فيـه، ومنـه الإنعـاش البطيء أو الرمـزي. والثـالث: ضـبط دور الأسـرة بين شراكة في الحوار هي لها، وسلطة طبية لا تملكها.

المشكلة والسؤال المركزي

تقع الأخطاء في هذا الباب في خمسة مواضع متكررة، يعرفهـا كـل من عمـل في الأجنحـة: الحكم بعدم الجدوى قبل استبعاد الأسباب القابلة للعكس، والإنذار العصـبي المتعجـل بعـد إنعـاش نـاجح، واتخاذ العمر أو الإعاقة معيارًا، وخفض جودة الرعايـة بمجـرد صـدور الأمـر، و«الإنعـاش الرمـزي» تسـويةً مـع أسـرة معترضـة. والسـؤال المركـزي: كيـف يصـدر أمـر عـدم الإنعـاش صـحيحًا طبيًـا، ومستقيمًا أخلاقيًا، ومنضبطًا بالفتوى، وموافقًا للسياسة الوطنية؟ ثم كيف يُنفَّذ ويُراجَع؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يقدر القارئ على: التمييز بين عدم الجدوى وضآلة المنفعة وعـدم التناسـب؛ وتحديد أساس الأمر ونطاقه؛ وتطبيق الفتوى 12086 والسياسـة الوطنيـة تطبيقًـا صـحيحًا؛ وإدارة اعتراض الأسرة دون إنعاش رمزي.

ويقتصـر الفصـل على قـرار عـدم محاولـة الإنعـاش عنـد توقـف القلب أو التنفس، ومـا يتصـل بـه مباشرة من أهداف الرعاية وسقف العلاج. أما مفهـوم الجـدوى العـام وسـحب العلاج القـائم ففي الفصل 42، والتوجيهات المسبقة والقرار بالنيابة في الفصل 40، والرعايـة التلطيفيـة في الفصـل 43، وموت الـدماغ في الفصـل 45، والقتـل الـرحيم في الفصـل 46، وأصـول الإذن والقـدرة في الفصل 5. ولا يحل الفصل محل بروتوكولات الإنعاش ولا سياسة المنشأة النافذة.

CC BY-NC-ND 4.0

أولًا: الركن الطبي

1-1 طبيعة الإنعاش ومكوناته

الإنعاش القلبي الرئوي محاولة إسعافية مركبة لا إجراء بسيط مضمون النتيجة. فهو يشمل بحسب الحالة: التعرف السريع إلى التوقف، والضغطات الصدرية، وتأمين مجرى الهواء والتهوية، وإزالة الرجفان في النظم القابل للصدمات، وأدوية الإنعاش، ومعالجة الأسباب القابلة للعكس. ثم تأتي رعاية ما بعد عودة الدورة الدموية، وقد تستلزم دعمًا مطولًا في العناية المركزة [1، 20]. ولهذا لا يصح عرضه على المريض أو أسرته اختيارًا مجردًا بين الحياة والموت.

ويظهر التوقف في صور كهربائية: الرجفان البطيني، وتسرع القلب البطيني عديم النبض، والنشاط الكهربائي عديم النبض، وتوقف النشاط الكهربائي. والأولان أكثر استجابة لإزالة الرجفان عند التدخل المبكر، والأخيران يقترنان عادة بإنذار أضعف، مع بقاء الحكم للسياق السريري كله لا للنظم منفردًا [1]. وقد يسبق توقفُ التنفس توقفَ القلب، فيمنع التدخل المبكر تطوره.

1-2 عودة النبض ليست نجاة

لا يوصف الإنعاش بنجاح أو فشل قبل تحديد النتيجة المقصودة. فبين عودة الدورة الدموية التلقائية، والبقاء في المرحلة الحادة، والخروج من المستشفى، والنجاة العصبية والوظيفية المقبولة، والنتيجة الموافقة لقيم المريض، مسافات يتساقط عندها كثير من المرضى [1، 20]. وقد يعود النبض مدة قصيرة دون أن يزول سبب التوقف. فعودة النبض وحدها لا تكفي للحكم بأن المحاولة نافعة أو متناسبة.

1-3 ما يغير النتيجة: السبب والزمن والأسباب القابلة للعكس

ترتفع ملاءمة الإنعاش إذا كان التوقف مفاجئًا وسببه قابلًا للعلاج: نظم قابل للصدمات، أو نقص أكسجة حاد، أو اضطراب أملاح، أو تسمم، أو خثرة قابلة للتدخل. وتنخفض إذا كان التوقف المرحلة الأخيرة لمرض نهائي أو فشل أعضاء متعدد. ويؤثر كذلك زمن البدء، ومكان التوقف، والنظم الأولي، والحالة السابقة [1، 2].

وقبل وصف المحاولة بأنها غير مجدية يجب استقصاء الأسباب القابلة للعكس ومعالجتها: نقص الأكسجة، ونقص الحجم، واضطرابات البوتاسيوم والاستقلاب، وانخفاض الحرارة، واسترواح الصدر الضاغط، وانسداد القلب، والسموم، والخثار الرئوي أو التاجي. ولا يلغي المرض المزمن أو النهائي احتمال مضاعفة حادة قابلة للعلاج؛ فعبارة «مريض نهائي» ليست حكمًا يمنع كل تدخل.

ولا يجوز اتخاذ العمر وحده، أو الإعاقة، أو الاعتماد على الغير، أو تشخيص منفرد، أساسًا آليًا لعدم الإنعاش. وإنما ينظر إلى أثر الحالة الموثق في احتمال نجاح الإجراء لدى المريض نفسه [2، 21].

1-4 أضرار الإنعاش وأعباؤه

قد يترتب على المحاولة كسور الأضلاع أو القص، وإصابة الرئة، والنزف، ومضاعفات التنبيب، والإصابة الدماغية بنقص الأكسجة، والدعم المطول، وتكرار التوقف، وآثار نفسية على المريض

CC BY-NC-ND 4.0

وأسرته والفريق. ولا تجعل هذه الأضرار الإنعاش غير مشروع في ذاته؛ فهي مقبولة إذا قابلتها فرصة معقولة للإنقاذ، وتصير حاسمة إذا انعدمت المنفعة أو تضاءلت جدًا [1، 15].

1-5 عدم الجدوى وضآلة المنفعة وعدم التناسب

يفرق الفصل بين ثلاث درجات، وتفصيل مفهوم الجدوى وتاريخه في الفصل 42 [8–10]:

الدرجة	معناها	من يقررها
عدم الجدوى	عجز المحاولة عن تحقيق هدفها الطبي المباشر، كاستعادة دورة فعالة أو أثر علاجي معتبر في مرض نهائي	حكم طبي فني يوصف به الإجراء لا المريض
ضآلة المنفعة	احتمال منخفض جدًا للنتيجة المرجوة دون انعدامها قطعًا	تقييم فردي وقرار مشترك، وقد تلائمه تجربة محددة المدة
عدم التناسب	رجحان الأعباء على المنفعة المتوقعة بالنظر إلى مدتها ونوعيتها وقيم المريض	موازنة يشارك فيها المريض أو ممثله

ويترتب على هذا التمييز أثر عملي: فعدم الجدوى حكم طبي تُبلَّغ به الأسرة ولا تُحمَّل مسؤوليته. أما التناسب في المنطقة الرمادية فيستلزم إشراك المريض أو ممثله؛ لأن وزن الأعباء يتصل بقيم المريض [10، 11].

1-6 أهداف الرعاية وسقف العلاج ونطاق الأمر

لا يبدأ النقاش بتصنيف المريض إلى «إنعاش كامل» أو «عدم إنعاش»، بل بسؤال أوسع: ما أهداف الرعاية الواقعية في هذه المرحلة؟ الشفاء، أو علاج سبب حاد، أو تجربة محددة المدة، أو المحافظة على الوظائف، أو الراحة [12، 13]. ثم يحدد سقف العلاج: أعلى تدخل مناسب لهذه الأهداف، من النقل إلى العناية المركزة والتنبيب والأدوية الرافعة للضغط والغسيل الكلوي إلى الإنعاش.

ويأتي أمر عدم الإنعاش نتيجة لهذه الخطة. وتعرفه السياسة الوطنية بأنه عدم بدء إجراءات الإنعاش القلبي الرئوي عند حدوث توقف القلب أو التنفس [4]. ويشمل عند التوقف: الضغطات، والصدمات، وأدوية الإنعاش، والتهوية بقصد الإنعاش، واستدعاء فريقه. ويفسر نطاقه بما وثق في النموذج، ولا يوسع تلقائيًا.

ولا يعني الأمر وقف تسكين الألم أو علاج ضيق التنفس، ولا وقف الأكسجين أو الرعاية التمريضية، ولا الامتناع عن علاج عدوى أو مضاعفة قابلة للتحسن، ولا خفض المتابعة، ولا ترك المريض وحيدًا عند الاحتضار. وتنص السياسة الوطنية على أن أوامر عدم الإنعاش لا تنقص بحال من الرعاية المقدمة، وأن صاحبها يتلقى أعلى جودة ممكنة، ومنها الرعاية التلطيفية حفظًا لراحته وكرامته [4، 22].

CC BY-NC-ND 4.0

1-7 الفروق الفاصلة عن المفاهيم المجاورة

- **عدم الإنعاش وعدم التنبيب:** الأول يخص ما يحدث عند التوقف، والثاني عدم بدء تهوية آلية وقد يطبق قبله. وقد يجتمع أمر عدم إنعاش مع قبول تنبيب مؤقت لسبب قابل للعكس.
- **عدم الإنعاش وسقف العلاج:** السقف أوسع، فيشمل مثلًا عدم النقل إلى العناية المركزة. ولذلك لا تكفي كلمة «DNR» خطة علاجية، بل يوثق موقف كل تدخل رئيس.
- **عدم الإنعاش ووقف العلاج القائم:** الأول امتناع عن بدء تدخل مستقبلي، والثاني إنهاء تدخل قائم؛ ويحتاج الثاني تقييمًا وخطة مستقلين (انظر الفصل 42).
- **عدم الإنعاش وموت الدماغ:** موت الدماغ تشخيص للوفاة بمعايير محددة، وأمر عدم الإنعاش يصدر لمريض حي له حقوق الأحياء كلها (انظر الفصل 45).
- **عدم الإنعاش والقتل الرحيم:** الترك المشروع امتناع عن تدخل لا ينفع، لا يقصد به الموت، ويبقى سبب الوفاة المرض. أما القتل الرحيم فإنهاء مقصود للحياة لا يبيحه رضا (انظر الفصل 46).

1-8 الإنعاش المحدود والإنعاش البطيء أو الرمزي

قد تسمح خطة موثقة ببعض التدخلات وتستبعد غيرها إذا قام على ذلك أساس طبي واضح وقبول المريض، كقبول التنبيب مع رفض الضغطات. وهذا «إنعاش محدود» مشروع إذا وثق مسبقًا.

أما **الإنعاش البطيء أو الرمزي** فهو أن يُظهر الفريق محاولة لا يقصد إنجاحها: ضغطات فاترة، أو استدعاء متأخر، أو دورة قصيرة «للشكل»، إرضاءً لأسرة أو هربًا من مواجهة. وهو مرفوض بلا استثناء. ففيه خداع للأسرة، وإيذاء للمريض بلا منفعة، وانتهاك لكرامته، وتزوير لمعنى السجل، وإسقاط للمساءلة [2، 14]. والبديل الصادق واحد من اثنين: محاولة كاملة حيث لم يصدر أمر صحيح، أو عدم بدء صريح موثق حيث صدر. ولا يجوز كذلك «الإنعاش الجزئي الاعتباطي» الذي ينتقي مكونات بلا أساس طبي تسويةً نفسية.

1-9 الأصل عند غياب أمر موثق، ومراجعة الأمر

عند توقف غير متوقع دون أمر صحيح متاح، الأصل البدء بالإنعاش فورًا، ما لم تكن الوفاة قد تحققت بالمعايير المعتمدة. وهذا نص السياسة الوطنية: كل مريض يتلقى الإنعاش ما لم يثبت أمر عدم الإنعاش [4]. ولا يكفي للامتناع: تقدم العمر، أو الإعاقة، أو غياب الأسرة، أو الكلفة، أو أمر شفهي، أو انطباع عن جودة الحياة.

والأمر ليس دائمًا بطبيعته. فيعاد تقييمه عند تغير التشخيص أو الحالة أو إرادة المريض، وعند الانتقال بين الأقسام والمنشآت، وعند سبب حاد قابل للعكس. وفي الجراحة تنص السياسة الوطنية على أن الأمر المكتوب قبلها يعلق تلقائيًا في أثنائها، ويعود نافذًا تلقائيًا بعد 48 ساعة منها [4]. وهذا حكم نافذ لا تملك المنشأة تركه. أما مناقشة المريض أو ممثله قبل الجراحة، لتحديد ما يقبله من تدخلات التخدير وتوثيقه، فتوصية أخلاقية تجري داخل هذا الحكم لا بديلًا عنه، ويعمل بما اتفق عليه بعد عودة الأمر. والنص خاص بالجراحة؛ فلم تنص السياسة على الإجراءات غير الجراحية تحت التخدير أو التهدئة، فيرجع فيها إلى سياسة المنشأة مع مناقشة المريض مسبقًا. وتطبيق ذلك على إجراء غير جراحي تحت التخدير في الحالة 33/4 (انظر الفصل 33).

CC BY-NC-ND 4.0

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الخطران المتقابلان

يحمي التقييم الأخلاقي المريض من خطرين متقابلين: أن يُحرم من إنعاش قد ينقذه، وأن يُخضع لتدخل مؤلم لا ينفعه. فلا يكفي أن يكون الإنعاش ممكنًا تقنيًا؛ بل يجب أن يحقق هدفًا مشروعًا، وأن تتناسب منفعته مع أضراره، وأن تُراعى فيه إرادة المريض وكرامته [15، 16]. وتضبط المرجعية الشرعية حدود الاستقلالية بحرمة النفس وحظر إنهاء الحياة، كما في الركن الفقهي.

2-2 الإحسان وعدم الإضرار

منفعة الإنعاش لا تقتصر على عودة النبض إلى الشاشة، بل تشمل علاج السبب، والنجاة حتى الخروج، واستعادة الوعي والوظائف، وتوافق النتيجة مع أهداف المريض. والموازنة تنصبّ على التدخل ونتيجته لدى هذا المريض، لا على قيمة حياته. فتقديم الإنعاش النافع إحسان واجب، وفرض إنعاش عبثي على محتضر إضرار بلا مقابل. وقد وصفت الأدبيات المهنية الإصرار على التدخلات غير الملائمة بأنه مصدر معاناة للمريض، وضائقة للفريق [9، 10، 14].

2-3 مسارا القرار: الحكم الطبي ورفض القادر

يجب التفريق بين مسارين:

1. **الحكم الطبي بعدم الاستطباب:** أساسه تقدير الفريق، بالنصاب المعتبر، أن الإنعاش لا يحقق هدفًا علاجيًا أو لا يتناسب. وهنا لا تحمل الأسرة مسؤولية تقرير الجدوى، لكن يجب إبلاغها وشرح الأسباب والاستماع إليها.
2. **رفض المريض القادر:** أساسه إرادته بعد إفصاح كافٍ، ولو كان الإنعاش ممكنًا طبيًا. ويستلزم توثيق القدرة والفهم ونطاق الرفض [2، 15]. وأصول الإذن والقدرة والرفض المستنير في الفصل 5.

ولا تعني الاستقلالية أن للمريض أو أسرته حقًا في فرض تدخل غير مستطب أو إنعاش رمزي. والأحسن دائمًا قرار مشترك، يجمع خبرة الفريق إلى قيم المريض [2، 12]. وعند فقد القدرة يُنظر إلى التوجيه المسبق الواضح المنطبق، ثم إلى قيم المريض المعروفة وممثله، ثم إلى المصلحة الفضلى؛ وتفصيله في الفصل 40.

2-4 الأسرة وطلب «فعل كل شيء»

كثيرًا ما تقول الأسرة: «افعلوا كل شيء». ولو تأملت العبارة لوجدتها في الغالب لا تطلب ضغطات صدرية بعينها، بل تعبر عن خوف من التخلي، أو عن فهم ديني بأن قبول حدود العلاج قلة توكل، أو عن ذنب يبحث عن طمأنينة. فالجواب الأول سؤال لا رفض: ما الذي تخافون أن يفوت؟ وما الذي كان والدكم يقدّره؟

ثم تُبيَّن للأسرة ثلاثة أمور. الأول: أن «كل شيء» سيُفعل فعلًا مما ينفع، من التسكين والأكسجين والعلاج والرعاية والدعاء والملازمة؛ فلن يُترك مريضهم. والثاني: أن الإنعاش في هذه الحالة لا يعيد صحة ولا يغير مسار المرض، بل يضيف أذى. والثالث: أن القرار الطبي بعدم الاستطباب

CC BY-NC-ND 4.0

ليس من اختصاص الأسرة، كما نصت الفتوى 12086، وأن السياسة الوطنية تجعل التواصل مع الأسرة إعلامًا بالقرار وشرحًا له [3، 4]. ولا يعني ذلك إقصاءها؛ فهي شريك في الحوار، وناقل لقيم المريض، ومحل للدعم [12، 14].

ولا يُحل الخلاف بإنعاش رمزي، ولا بتنفيذ الطلب آليًا، وإنما بالمسار المتدرج في 2-7.



شكل: أدوار قرار عدم محاولة الإنعاش: الفريق يقرر الاستطباب والجدوى، والمريض القادر يقرر لنفسه، والأسرة شريك في الحوار.

2-5 العدالة وعدم التمييز

لا يجوز إصدار أمر عدم الإنعاش بسبب العمر وحده، أو الإعاقة، أو الفقر، أو غياب الأسرة، أو الكلفة، أو تصور الطبيب لجودة حياة المريض [2، 21]. ويجوز النظر إلى أثر المرض أو الإعاقة في نتيجة الإنعاش إذا كان مثبتًا طبيًا ومتصلًا بالاستطباب، لا بقيمة الحياة. وهذا هو الفاصل بين تقييم فردي مشروع وتمييز محظور؛ فاسأل نفسك: أتحكم على الإجراء، أم على الإنسان؟ والتمييز الخفي في قرارات التصعيد لذوي الإعاقة مبسوط في الحالة 38/2 (انظر الفصل 38).

2-6 الصدق والكرامة

كرامة المريض ثابتة في الوعي والغيبوبة، وفي الاستقلال والعجز. وتقتضي ألا يُخضع لتدخل عبثي، وأن يُخفف ألمه، وأن تستمر رعايته. ويقتضي الصدق ألا يُقدَّم الإنعاش إجراءً مضمون النجاح، وأن يُفرَّق للأسرة بين عودة النبض والتعافي؛ فعودة القلب لا تعني عودة صاحبه. ويقتضي كذلك أن يقدم الفريق توصية مهنية واضحة، بدل أن يلقي عبء القرار كاملًا على الأسرة [12، 14].

وفي إبلاغ المريض القادر نفسه بالأمر يجتمع الصدق واحترام رغبته في مقدار ما يعرف. فاسأله أولًا عن رغبته في المعرفة، ثم لا تُخفِ عنه ما يريد معرفته، ولا تفرض عليه ما لا يريده. وأصول الإفصاح والحق في المعرفة في الفصل 8.

CC BY-NC-ND 4.0

2-7 الضائقة الأخلاقية وإدارة الخلاف

قد يعاني الأطباء المقيمون والتمريض ضائقة أخلاقية حين يُطلب منهم إنعاش مؤلم لمريض نهائي، أو حين تتأخر مناقشة أهداف الرعاية إلى لحظة التوقف. فلا تحسبنّ هذه الضائقة ضعفًا في أصحابها؛ وإنما هي مؤشر على خلل في القرار أو التواصل أو المؤسسة، فتتيح المنشأة رفع المخاوف دون عقوبة، وتوفر الدعم [14].

ويُعالج الخلاف مع الأسرة أو داخل الفريق بمسار متدرج، خطوة بعد خطوة: إعادة شرح الحقائق، وتحديد طبيعة الخلاف، وتوحيد رسالة الفريق، ورأي طبي ثانٍ، وإشراك الرعاية التلطيفية ومرشد ديني مؤهل، ثم الاستشارة الأخلاقية [9]. وتجعل السياسة الوطنية الخلاف بين الاستشاري المعالج وغيره من الأطباء إلى رئيس القسم أو المدير الطبي [4]. وتفصيل الاستشارة الأخلاقية في الفصل 13. ولا يُستعمل الإنعاش الرمزي حلًا للنزاع بحال.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 التصوير قبل الحكم

الحكم على الشيء فرع عن تصوره. فلا يصح حكم فقهي على محاولة إنعاش قبل اكتمال الوصف الطبي: طبيعة المرض ومرحلته، وسبب التوقف المتوقع، واحتمال النجاح والنجاة المستقرة، والنتيجة العصبية المتوقعة، ووجود سبب قابل للعكس، وأضرار التدخل. والطبيب لا ينشئ الحكم الشرعي، لكنه يقدم التصور الذي يبنى عليه؛ ولا يصح أن يحكم مفتٍ على ألفاظ مجملة مثل «مرض نهائي» أو «غيبوبة».

3-2 حفظ النفس وحكم التداوي

تدل النصوص على حرمة النفس ووجوب حفظها؛ قال تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32]، وقال: ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: 195]. فيكون الإنعاش مشروعًا، وقد يجب، إذا كان التوقف مفاجئًا وسببه قابلًا للعلاج، وغلب على الظن نفع التدخل، ولم يوجد رفض معتبر.

وورد الأمر بالتداوي في قوله صلى الله عليه وسلم: «تداووا، فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء غير داء واحد: الهرم» [23]، وتقرر الشريعة منع الضرر بحديث «لا ضرر ولا ضرار» [24]. وحكم التداوي يتبع الحال: فيجب إذا غلب نفعه وتعين وسيلة لحفظ النفس، ويستحب إذا رجح نفعه دون ذلك، ويجوز تركه إذا انعدمت فائدته أو صارت أعباؤه غير متناسبة، ويحرم إذا قصد به الإضرار (انظر الفصل 2، المبحث رابعًا). فقد يكون الإنعاش واجبًا في مريض، وجائز الترك في آخر.

غير أن نصوص حفظ النفس لا توجب استعمال كل وسيلة ممكنة في كل حال؛ فالوسيلة تأخذ حكم مقصدها بقدر قدرتها على تحقيقه. فإذا ثبت أن الإنعاش لا يعالج سبب التوقف ولا يحقق نجاة معتبرة، لم يجب بمجرد إمكانه.

CC BY-NC-ND 4.0

3-3 التكييف والقواعد

يكيف الإنعاش بأنه وسيلة لحفظ النفس ونوع من التداوي الإسعافي، يبنى قراره على غلبة الظن. ويكيف أمر عدم الإنعاش بأنه ترك البدء بعلاج معين عند توقف مستقبلي، بعد ثبوت عدم استطبابه أو جدواه أو تناسبه، أو بناء على رفض معتبر. وليس في ذاته قتلًا ولا قتلًا رحيمًا ولا إعانة على انتحار؛ لأن سبب الوفاة المرض، لا فعل مقصود لإحداث الموت، مع بقاء الرعاية النافعة.

وتنضبط المسألة بالقواعد الكلية المبسوطة في الفصل 2 (المبحث خامسًا) [25، 26]، وهذا تنزيلها:

- **الأمور بمقاصدها:** القصد مشروع إذا كان تجنب تدخل لا ينفع أو ضرر غير متناسب أو احترام رفض معتبر. أما إذا كان التخلص من المريض أو إخلاء سرير أو التمييز، فالقصد فاسد ولو صح الإجراء ظاهرًا.
- **الضرر يزال، ولا يزال بضرر أكبر:** لا يمنع إنعاش نافع خشية كسور محتملة، ولا يجرى إنعاش لا ينفع خوفًا من اعتراض الأسرة.
- **اليقين لا يزول بالشك:** حياة المريض متيقنة، فلا يترك إنقاذه بانطباع غير منضبط؛ لكن القاعدة لا تشترط اليقين المطلق بعدم الجدوى، فالقرارات الطبية تبنى على غلبة الظن المعتبرة.
- **الموازنة بين المصالح والمفاسد:** المصلحة المقصودة هي المنفعة العلاجية المعتبرة للمريض، لا استمرار بعض الوظائف الحيوية مدة قصيرة.

3-4 فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086: بياناتها ونصها

الفتوى هي المرجع الشرعي السعودي المؤسس في الباب. وبياناتها الثابتة:

- **الجهة:** اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء، برئاسة سماحة الشيخ عبد العزيز بن عبد الله بن باز [3].
- **الرقم والتاريخ:** الفتوى رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ (فبراير 1989م)، كما أثبتتها السياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش في قائمة مراجعها الفقهية [3، 4].
- **موضعها في المجموع:** فتاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، الجزء 25، الصفحة 80 [3].

ونص الجواب:

> «أولًا: إذا وصل المريض إلى المستشفى وهو متوفى؛ فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش. ثانيًا: إذا كانت حالة المريض غير صالحة للإنعاش بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات؛ فلا حاجة أيضًا لاستعمال جهاز الإنعاش. ثالثًا: إذا كان مرض المريض مستعصيًا غير قابل للعلاج، والموت محققًا بشهادة ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات؛ فلا حاجة أيضًا لاستعمال جهاز الإنعاش. رابعًا: إذا كان المريض في حالة عجز، أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة، أو مرض القلب والرئتين المزمن، مع تكرار توقف القلب والرئتين، وقرر ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات ذلك؛ فلا حاجة لاستعمال جهاز الإنعاش. خامسًا: إذا وجد لدى المريض دليل على الإصابة بتلف في الدماغ مستعصٍ على العلاج بتقرير ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات؛ فلا حاجة أيضًا لاستعمال جهاز الإنعاش؛ لعدم الفائدة في ذلك. سادسًا: إذا كان إنعاش القلب والرئتين

CC BY-NC-ND 4.0

غير مجدٍ، وغير ملائم لوضع معين حسب رأي ثلاثة من الأطباء المختصين الثقات؛ فلا حاجة لاستعمال آلات الإنعاش، ولا يلتفت إلى رأي أولياء المريض في وضع آلات الإنعاش أو رفعها؛ لكون ذلك ليس من اختصاصهم» [3].

3-5 دلالات الفتوى وحدودها

1. **الصورة الأولى** لا تخص مريضًا حيًا، بل من وصل متوفى. ولا يتوسع فيها عند مجرد الاشتباه في الوفاة.
2. **«غير صالحة للإنعاش»** تعني أن المحاولة لا تحقق نتيجة علاجية معتبرة، لا انتقاصًا من قيمة المريض. ويحسن في الصياغة المعاصرة وصف الإجراء بأنه غير مستطب بدل وصف الشخص.
3. **صورة المرض المستعصي** اشترطت أمرين معًا: عدم القابلية للعلاج، وتحقق الموت بتقدير المختصين. والمقصود غلبة الظن بأن الإنعاش لن يغير المسار، لا العلم بوقت الموت.
4. **الصورة الرابعة** لا يقتطع منها لفظ «العجز» أو «الخمول الذهني» ليصير سببًا كافيًا. ونصها: «في حالة عجز، أو في حالة خمول ذهني مع مرض مزمن، أو مرض السرطان في مرحلة متقدمة، أو مرض القلب والرئتين المزمن، مع تكرار توقف القلب والرئتين»، فوصف التقدم فيه للسرطان. والأظهر عند المؤلف أن قيد «مع تكرار توقف القلب والرئتين» وتقرير الثلاثة يعودان على البدائل كلها، فلا يقتطع لفظ العجز أو الخمول الذهني سببًا مستقلًا؛ وهذا يمنع تحويلها إلى ذريعة تمييز.
5. **صورة التلف الدماغي** تشترط تلفًا «مستعصيًا على العلاج» ثابتًا بالتقرير. فلا تنطبق على غيبوبة مبكرة بعد إنعاش ناجح، ولا على أثر المهدئات أو انخفاض الحرارة؛ وتطبيق ذلك في الحالة 27/3 (انظر الفصل 27).
6. **نصاب الثلاثة المختصين الثقات** ضمانة لحفظ النفس ومنع القرار الفردي المتعجل. ولا يتحقق مقصده بتوقيعات شكلية؛ فالعبرة بتقييم مستقل حقيقي. وقد نقلته السياسة الوطنية إلى صيغة إجرائية كما في 4-3 [4].
7. **رأي الأولياء:** قررت الفتوى أن الأولياء لا يملكون فرض الأجهزة أو رفعها في هذه الصور؛ لأن تقدير الاستطباب ليس من اختصاصهم. ولا يعني هذا إقصاءهم، بل أن طلبهم لا يحول تدخلًا غير مستطب إلى واجب، مع بقاء واجب الشرح والاستماع.
8. **نطاق الفتوى:** تناولت حالات عدم الصلاحية وعدم الجدوى، فلا تجعل نصًا في كل صور رفض المريض القادر لعلاج ممكن؛ فتلك مسألة الإذن (انظر الفصل 5) والتوجيهات المسبقة (انظر الفصل 40).

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: صور فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 التي لا حاجة فيها لاستعمال جهاز الإنعاش، وقيود كل صورة.

3-6 القرار 17 (5/3) والفرق الموضوعي

صدر قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش في دورته الثالثة بعمّان (8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م). وموضوعه اعتبار الشخص ميتًا شرعًا إذا توقف قلبه وتنفسه توقفًا تامًا لا رجعة فيه، أو تعطلت وظائف دماغه تعطلًا نهائيًا، وجواز رفع الأجهزة حينئذ [27]. فهو في معيار الوفاة، لا في عدم إنعاش مريض حي؛ وبسطه في الفصل 45. وقد أكدت الدراسات الإسلامية المعاصرة هذا التمييز [17، 18].

3-7 الخلاصة الفقهية

الإنعاش مشروع، وقد يجب إذا كان قادرًا على إنقاذ النفس من سبب قابل للعكس. ولا يجوز الامتناع عنه لمجرد العمر أو الإعاقة أو الكلفة أو الشك المجرد. ويجوز عدم البدء به إذا ثبت عند المختصين، بالعدد والصفة المعتبرين، أنه غير مستطب أو غير مجدٍ. ولا يعد الترك المشروع قتلًا؛ لأن سبب الوفاة المرض. ولا تملك الأسرة فرض إجراء غير مستطب ولا إنعاشًا رمزيًا. وتجب الرعاية النافعة والتلطيفية حتى آخر لحظة [3، 22].

رابعًا: الركن النظامي

4-1 المرجعيات وتمايز طبيعتها

تتكامل في المملكة مرجعيات لا تتساوى في طبيعتها. فالشريعة الإطار الأعلى، والفتوى تبين الحكم في الصور المعروضة عليها. والأنظمة تقرر واجبات الممارس ومحظوراته، والسياسة الوطنية تضبط الإجراء السريري والمؤسسي. وأبرزها: نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته

CC BY-NC-ND 4.0

التنفيذية [28، 29]، والفتوى 12086 [3]، والسياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش [4]، والدليل السعودي للإذن الطبي [30]، ونظام حماية الطفل [31]، ونظام حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة [21]، ووثيقة أخلاقيات الممارس الصحي [32]. ثم سياسات المنشأة ونماذجها، ويرجع الممارس إلى نسختها النافذة.

4-2 السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش: الصدور والمرجعية

وقائع صدور السياسة الثابتة في نصها المنشور [4]:

1. **قرار المجلس 3/64:** قرر المجلس الصحي السعودي في اجتماعه الرابع والستين، بقراره رقم (3/64) وتاريخ 1/3/1434هـ (13 يناير 2013م)، تشكيل لجنة تمثل أكثر القطاعات الصحية في المملكة لإعداد سياسة وإجراءات وطنية توحد التطبيق السريري لعدم الإنعاش. فالقرار قرار تشكيل لجنة الإعداد، لا قرار اعتماد السياسة.
2. **المراجعة الشرعية:** أُرسلت السياسة بنسختيها العربية والإنجليزية إلى عدد من القضاة والقانونيين، وإلى سماحة المفتي العام للمملكة، وعرضت على اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. ثم أجريت التعديلات النهائية في ضوء ملحوظات المحكمين وتوجيه سماحة المفتي واللجنة الدائمة، لتكون جاهزة لاعتماد المجلس.
3. **الصدور:** صدرت السياسة عن المجلس الصحي السعودي بتاريخ 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م).
4. **المراجع الفقهية:** تثبت السياسة ضمن مراجعها الفقهية الفتوى رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ، مع فتاوى وقرارات أخرى في الباب.

4-3 أحكام السياسة التشغيلية

تقرر السياسة الوطنية جملة أحكام تحكم الممارسة [4]:

المسألة	حكم السياسة
الأصل	يتلقى كل مريض الإنعاش ما لم يثبت أمر عدم الإنعاش
النصاب	يوصي بالأمر ثلاثة أطباء: الاستشاري المعالج، وطبيبان لا تقل درجة كل منهما عن أخصائي
التواصل	يبادر الاستشاري المعالج، أو أحد الطبيبين الموقعين، إلى مناقشة القرار مع المريض أو قريبه البالغ أو ممثله لإعلامه به، وتقدير ملاءمة هذا التواصل للاستشاري المعالج
الرعاية بعد الأمر	لا ينقص الأمر من الرعاية شيئًا، ويتلقى المريض أعلى جودة ممكنة ومنها الرعاية التلطيفية، مع حفظ كرامته وخصوصيته وحاجاته النفسية والدينية
المراجعة	يراجع الأمر ويحدث ويوثق دوريًا، وأقصاه ستة أشهر للمنوّم؛ ويسري لمريض العيادات أحدث

CC BY-NC-ND 4.0

المسألة	حكم السياسة
	أمر لا يتجاوز سنة
النقل	الأمر الموقع في منشأة أخرى يسري 24 ساعة، وترافق المريضَ نسخة منه
الجراحة	يعلق الأمر تلقائيًا في الجراحة، ويعود نافذًا تلقائيًا بعد 48 ساعة منها
الخلاف	عند الخلاف بين الاستشاري المعالج وغيره من الأطباء يستشار رئيس القسم أو المدير الطبي
التوثيق	يكتب الأمر في نموذج معتمد يوضع ورقة أولى في الملف الطبي، ويحمل التوقيعات الثلاثة

ويتسق النصاب مع اشتراط الفتوى ثلاثة مختصين ثقات، ويزيد عليه شرط الدرجة والتوقيع. ولا تكفي التوقيعات الشكلية؛ فالموقعون يجب أن يكونوا مطلعين فعلًا على الحالة. ويترتب على حكم التواصل أن موافقة الأسرة ليست شرطًا لصحة الأمر المبني على عدم الجدوى، لكن إعلامها وشرح القرار لها واجب مهني إلا لسبب يقدره الاستشاري ويوثقه.

ولا تنص السياسة تفصيلًا على رفض المريض القادر للإنعاش؛ فيحكمه أصل الإذن في المادة التاسعة عشرة والدليل السعودي للإذن الطبي (انظر الفصل 5) [28، 30]. ومن ثم يوثق في النموذج أساس الأمر: عدم الجدوى، أو رفض المريض القادر، أو كلاهما.

4-4 نظام مزاولة المهن الصحية

تتصل بالأمر مواد من النظام، وفصولها الأم مذكورة عند كل مادة [28، 29]:

- **المادة الثامنة:** توجب على الممارس الذي يشهد أو يعلم أن مريضًا في حالة خطرة أن يقدم له المساعدة الممكنة. فالأصل عند التوقف المفاجئ البدء بالإنعاش ما لم يوجد أمر صحيح (انظر الفصل 9).
- **المادة التاسعة ولائحتها:** توجب أن يستهدف العمل الطبي مصلحة المريض، وتمنع الفقرة (1/9) من اللائحة التنفيذية في نسخة وزارة الصحة (القرار الوزاري 4080489)، وهي (1-8) في الإصدار الثالث، العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة للمريض ولو لم يترتب عليه ضرر. وهذا سند نظامي صريح لعدم إجراء إنعاش لا ينفع، وللمنع من الإنعاش الرمزي (انظر الفصل 9).
- **المادتان الخامسة عشرة والسابعة عشرة:** توجبان الاستعانة بمن تستدعي الحالة الاستعانة بهم، وتنبيه المريض إلى الحاجة إلى استشارة ممارس آخر. وتتأكد الاستشارة عند غموض الإنذار أو الخلاف على الجدوى (انظر الفصل 13).
- **المادة التاسعة عشرة:** تشترط رضا المريض أو من يمثله، وتستثني الحالات العاجلة عند تعذر الموافقة، وتنص في عجزها على أنه «لا يجوز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة أي مريض ميؤوس من شفائه طبيًا، ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه» (نصها كاملًا في الفصل 5، المبحث رابعًا). ولا يعد أمر عدم الإنعاش المشروع إنهاءً للحياة؛ لأنه امتناع عن تدخل لا ينفع، وسبب الوفاة المرض، ولا تستعمل وسيلة بقصد الموت، والرعاية مستمرة.

CC BY-NC-ND 4.0

- **المادتان السادسة والعشرون والسابعة والعشرون:** التزام الممارس التزام ببـذل عناية يقظة لا بتحقيق نتيجة، والخطـأ المهـني الـذي يـرتب ضـررًا يـوجب التعـويض (انظـر الفصل 10).

4-5 الطفل وذوو الإعاقة

يحمي نظام حماية الطفل الطفـل من الإيـذاء والإهمـال [31]. ويقتضـي في قـرارات الإنعـاش أن تكون مصلحة الطفل الفضلى معيارًا حاكمًا؛ فلا يترك تدخل منقذ لرفض ولي بلا مسوغ، ولا يفرض تدخل لا ينفع لمجرد طلب الوالدين. ورفض الولي ليس «تعـذرًا» تسـنده المـادة التاسـعة عشـرة؛ وأحكام رفض الولي للعلاج المنقذ في الفصل 25، والإبلاغ للجهة المختصة يجري وفق النظام.

ويقتضي نظام حقوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة ألا تفـترض فقـد القـدرة بسـبب الإعاقـة، وألا يحـرم الشخص الإنعاش بسببها وحدها، وأن توفر وسائل التواصل التي تمكنه من الفهم والتعبير [21].

4-6 صور المسؤولية

قد ينشأ الخطأ المهني في هذا الباب من: الامتناع دون أمر صحيح، وتطبيق الأمر على غير صاحبه، وتجاهل سبب قابل للعكس، وإبقاء أمر قديم بعد تغير جوهري، والإنعاش الرمزي، وخفض الرعايـة بذريعة الأمر. ولا تثبت المسؤولية بمجرد الوفاة أو فشل المحاولة؛ بـل بالخطـأ والضـرر والسـببية. وقد تجتمع في الواقعـة مسـؤولية مدنيـة ومهنيـة وجزائيـة؛ وتفصـيل ذلـك وجهـات النظـر فيـه في الفصل 10.

خامسًا: أدوات عملية

5-1 مسار القرار في عشر خطوات

1. **التقييم الطبي:** التشـخيص والمرحلـة وسـبب التـدهور وقابليتـه للعلاج واحتمـال نجـاح الإنعاش والنتيجة العصبية المتوقعة.
2. **استبعاد الأسباب القابلة للعكس** ومعالجتها قبل أي حكم.
3. **أهداف الرعاية وسـقف العلاج:** موقـف العنايـة المركـزة والتنـبيب والأدويـة الرافعـة للضغط والغسيل الكلوي والجراحة والإنعاش.
4. **أساس القرار:** عـدم الجـدوى، أو ضـآلة المنفعـة الـتي تحتـاج قـرارًا مشـتركًا أو تجربـة محددة المدة، أو عدم التناسب، أو رفض المريض القادر.
5. **القـدرة والإرادة:** تقـييم القـدرة؛ وعنـد فقـدها التوجيـه المسـبق، فـالقيم والممثـل، فالمصلحة الفضلى.
6. **النصاب:** ثلاثـة أطبـاء وفـق الفتـوى والسياسـة، الاستشـاري المعـالج واثنـان لا يقلان عن أخصائي، بتقييم فعلي لكل منهم.
7. **الحوار:** شرح المرض وطبيعـة الإنعـاش، وتوصـية واضـحة، وبيـان مـا يسـتمر من رعايـة، والاستماع.
8. **التوثيق:** في النموذج المعتمد ورقة أولى في الملف: الأساس، والنطاق، وموقف التنبيب، والعلاجات المستمرة، والتوقيعات، وموعد المراجعة.

CC BY-NC-ND 4.0

9. **الإبلاغ والاستمرار:** إبلاغ المناوب والتمريض وفريق الإنعاش، واستمرار كل رعاية نافعة وتلطيفية.
10. **المراجعة والخلاف:** عند تغير الحالة أو الانتقال، وبعد عودة الأمر عقب الجراحة، وبالمسار المتدرج عند الخلاف، دون إنعاش رمزي.



شكل: مسار قرار عدم محاولة الإنعاش في عشر خطوات: من التقييم الطبي واستبعاد القابل للعكس إلى التوثيق والمراجعة.

5-2 دليل القرار

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء
التوقف المفاجئ	هل يوجد أمر صحيح متاح؟	انتظار الأسرة أو أمر شفهي	إنعاش كامل فوري ما لم تتحقق الوفاة أو يوجد أمر نافذ
التقييم	ما سبب التدهور؟ وهل يعكس؟	«مريض نهائي» حكمًا شاملًا	استقصاء الأسباب القابلة للعكس أولًا
الأساس	جدوى أم تناسب أم رفض قادر؟	تحميل الأسرة قرار الجدوى	تصنيف موثق للأساس وتوصية مهنية
العدالة	هل بني على معطيات المريض نفسه؟	العمر أو الإعاقة أو الكلفة	تقييم فردي لأثر الحالة الموثق
النصاب	هل استوفي العدد والدرجة؟	توقيعات شكلية	ثلاثة تقييمات فعلية موثقة
الأسرة	هل أُعلمت وفُهمت مخاوفها؟	المواجهة، أو التنفيذ الآلي للطلب	لقاء منظم وتوصية واضحة وبيان ما يستمر

CC BY-NC-ND 4.0

المرحلة	سؤال الضبط	الخطأ الشائع	الإجراء
ما بعد الأمر	هل تستمر الرعاية النافعة؟	خفض المتابعة	خطة أعراض ورعاية تلطيفية ومتابعة معتادة
المراجعة	هل تغيرت الحالة أو الإرادة أو المكان؟	أمر قديم نافذ بعد تغير جوهري	مراجعة دورية، وعند النقل والجراحة
الخلاف	هل استنفد المسار المتدرج؟	الإنعاش الرمزي	شرح، فرأي ثانٍ، فتلطيفية ومرشد ديني، فرئيس القسم أو المدير الطبي (نص السياسة في خلاف الأطباء، وسياسة المنشأة في خلاف الأسرة)، فالاستشارة الأخلاقية

5-3 الحد الأدنى في نموذج الأمر

يحسن ألا يخلو النموذج من: اسم المريض ومعرفه، والتشخيص والإنذار، وأساس الأمر، وتقييم القدرة، وأسماء الأطباء الثلاثة ودرجاتهم وتواقيعهم، ونطاق الأمر وموقف التنبيب والعناية المركزة، والعلاجات المستمرة، وملخص التواصل مع المريض أو الأسرة أو سبب عدمه، وتاريخ المراجعة. وهذه قائمة تنظيمية يقترحها المؤلف، ولا تغني عن نموذج المنشأة المعتمد.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالة الأولى: سرطان منتشر ومريضة قادرة ترفض الإنعاش

الوقائع. امرأة في الرابعة والستين، مصابة بسرطان منتشر لم يستجب للعلاج، مع فشل كلوي وتنفسي متفاقم. ويقدّر الفريق أن توقف القلب سيكون نهاية المسار المرضي، وأن الإنعاش لن يحقق نجاة مستقرة. والمريضة واعية قادرة، وقد طلبت بعد شرح وافٍ ألا يُجرى لها الإنعاش. وابنتها حاضرة إلى جانبها، تؤيدها.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة الآن، والتوقف متوقع خلال أيام • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادرة، وثبت ذلك بتقييم موثق • صاحب الصفة: المريضة نفسها • السؤال المطلوب تقريره: هل يصدر أمر عدم الإنعاش؟ وعلى أي أساس؟

الركن الطبي. مرض نهائي غير قابل للعكس، وفشل أعضاء متعدد، والإنعاش لا يعالج السبب، وقد يعيد النبض مؤقتًا من غير استقرار. فالمحاولة هنا غير مجدية أو غير متناسبة [8، 10].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. يجتمع هنا المساران ويتعاضدان: تقييم طبي يثبت عدم الملاءمة، ورفض معتبر من مريضة قادرة. ويحقق الأمر الإحسان وعدم الإضرار واحترام الإرادة وحفظ الكرامة. ويُوثَّق فهمها ونطاق رفضها، لا توقيعها وحده؛ فالورقة لا تشهد بما فهمت.

الركن الفقهي. يجوز ترك العلاج الذي ثبت عدم جدواه؛ لأنه وسيلة لا تطلب لذاتها. وتدخل الحالة في الصورتين الثالثة والسادسة من الفتوى 12086 متى قرر ثلاثة مختصين ثقات ذلك [3]. ووجوب الإذن ديانة في القرار 184 (10/19) يخص العلاج المستعجل النافع، لا إنعاشًا ثبت عدم جدواه (انظر الفصل 5).

الركن النظامي. يوقع الأمرَ الاستشاري المعالج وطبيبان لا يقلان عن أخصائي، ويوثق الأساس المزدوج في النموذج [4]. ويوثق رفضها وفق الدليل السعودي للإذن الطبي [30]. ولا يتعارض الأمر مع حظر إنهاء الحياة في المادة التاسعة عشرة [28].

القرار المهني الموزون. يصدر أمر موثق بعدم محاولة الإنعاش، مع خطة تلطيفية نشطة تشمل تسكين الألم وعلاج ضيق التنفس والقلق والدعم النفسي والروحي لها ولأسرتها، ولا تُوقف المضادات أو الأكسجين أو السوائل إلا بقرار مستقل؛ لأن الإنعاش غير مجدٍ طبيًا، والمريضة رفضته رفضًا معتبرًا. واستُبعد الإنعاش «احتياطًا» لأنه أذى بلا منفعة. ويُعاد النظر إذا ظهر سبب حاد قابل للعكس؛ ولو طلبت إنعاشًا كاملًا في المرحلة نفسها لم يصر واجبًا بطلبها، بل يُعالج بالحوار والتقييم المتعدد، لا بإنعاش رمزي [9].

الدرس. إذا اجتمع عدم الجدوى ورفض القادر، وثق الأساسان معًا واستمرت الرعاية كلها.

الحالة الثانية: توقفات متكررة في خرف متقدم، وأبناء يطلبون «كل شيء»، ومقيم يقترح «إنعاشًا بطيئًا»

الوقائع. امرأة في السابعة والثمانين في جناح الباطنة، بخرف متقدم لم تعد تتعرف معه على أبنائها منذ سنتين، ومرض رئوي انسدادي مزمن في مرحلته الأخيرة. توقف قلبها وتنفسها مرتين في أسبوعين، وأعيد نبضها في كل مرة بعد إنعاش طويل، ثم عادت إلى حالتها. ولا توجيه مسبق لها. وأجمع الاستشاري المعالج واستشاري الصدرية وأخصائي الباطنة على أن الإنعاش لن يحقق نجاة مستقرة. وأبناؤها يطلبون «كل شيء»، ويقول أكبرهم إن قبول عدم الإنعاش «ترك للتوكل». ثم اقترح طبيب مقيم في الليل: «نكتب لا إنعاش، وإن توقفت نسوي دورة خفيفة أمامهم».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقرة الآن، وتوقف ثالث محتمل في أي وقت • الأمن: توتر مرتفع دون تهديد • القدرة على القرار: منعدمة • صاحب الصفة: قرار الجدوى للفريق بالنصاب؛ والأبناء ناقلون لقيمها وشركاء في الحوار • السؤال المطلوب تقريره: هل يصدر الأمر مع اعتراض الأسرة؟ وما حكم الإنعاش البطيء المقترح؟

الركن الطبي. مرض رئوي نهائي مع توقفات متكررة لم يعقبها استقرار، والإنعاش لا يعالج السبب؛ والتقييم مكتمل بثلاثة أطباء مختصين. وليس الخرف وحده سبب الحكم، وإنما اقترانه بمرض نهائي وتكرار التوقف [10، 14]. وهذا غير سقف التصعيد في العناية المركزة المبسوط في الحالة 42/1.

الركن الأخلاقي. طلب «كل شيء» تعبير عن خوف وحب، يحتاج إلى إصغاء لا إلى مواجهة. وأما الإنعاش البطيء فخداع للأسرة، وإيذاء للمريض، وتزوير لمعنى السجل؛ فهو مرفوض [2، 14]. والصدق يقتضي أن يُقال للأسرة ما سيُفعل وما لن يُفعل، ولماذا.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الفقهي. تدخل الحالة في الصورة الرابعة من الفتوى 12086 على الفهم المختار في 3-5: خمول ذهني مع مرض مزمن، وتكرار توقف القلب والرئتين، وتقرير ثلاثة مختصين ثقات. وتدخل كذلك في السادسة، وفيها أن رأي الأولياء «لا يلتفت إليه» في وضع آلات الإنعاش لأن ذلك ليس من اختصاصهم [3]. وقبول حدود العلاج لا ينافي التوكل؛ فالتداوي بما لا ينفع غير مطلوب، والدعاء والرعاية باقيان. والإنعاش الرمزي كذب وتغرير لا تبيحه مصلحة تهدئة الأسرة.

الركن النظامي. يستوفى النصاب ويوثق الأمر في النموذج، ويبادر الاستشاري إلى إعلام الأسرة وشرح القرار [4]. وتمنع الفقرة (1/9) من اللائحة التنفيذية في نسخة وزارة الصحة (القرار الوزاري 4080489) العمل الطبي الذي لا يحقق فائدة للمريض [29]. ويوثق اعتراض الأسرة ومسار معالجته.

القرار المهني الموزون. يصدر أمر عدم الإنعاش صريحًا موثقًا، ويعقد الاستشاري لقاء أسريًا في اليوم نفسه بحضور التمريض والرعاية التلطيفية، يبين فيه استمرار كل علاج نافع كالأكسجين وعلاج العدوى، مع تسكين الأعراض، وأن عدم التصعيد في غير الإنعاش قرار مستقل (انظر الفصل 42)؛ لأن عدم الجدوى ثابت بالنصاب، والمطلوب منع الخداع والإيذاء. واستُبعد الإنعاش البطيء لأنه خداع وأذى، وتنفيذ طلب الأبناء آليًا لأنه أذى بلا منفعة. ويُرفع الخلاف وفق سياسة المنشأة ثم إلى الاستشارة الأخلاقية. ويُعاد النظر إذا كان التوقفان بسبب عارض قابل للعكس كاضطراب أملاح أو دواء، أو كانت العلة الخرف وحده دون مرض نهائي.

الدرس. الصدق مع الأسرة ممكن ولو اعترضت، والإنعاش البطيء ليس حلًا وسطًا، بل خطأ مستقل بنفسه.

الحالة الثالثة: ابن يطلب إخفاء أمر عدم الإنعاش عن أبيه القادر

الوقائع. رجل في الثانية والسبعين، بفشل قلبي في مرحلته الأخيرة، تكرر دخوله في ثلاثة أشهر، وهو قادر مدرك لمرضه. وقرر الاستشاري وطبيبان أخصائيان أن الإنعاش لن يحقق نجاة مستقرة. فطلب ابنه ألا يُخبَر أبوه بشيء عن الإنعاش «حتى لا ينهار». والأب نفسه قد سأل الطبيب صباحًا: «إن توقف قلبي، ماذا ستفعلون؟».

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر الآن • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر • صاحب الصفة: المريض نفسه في المعرفة والإرادة؛ والابن ليس صاحب قرار عن أبيه القادر • السؤال المطلوب تقريره: هل يبيح «تقدير ملاءمة التواصل» في السياسة الوطنية إخفاء الأمر عن مريض قادر يسأل عنه؟

الركن الطبي. عدم الجدوى ثابت بتقييم متعدد. والحوار نفسه تدخل علاجي يحتاج إلى مهارة: أن تسأل المريض عما يعرف وما يريد أن يعرف، ثم تجيبه بقدر ما يطلب [12].

الركن الأخلاقي. أصل المسألة، وهو طلب الأسرة كتمان الحقيقة عن مريض قادر، مبسوط في الحالة 8/4، وتقابلها 39/2 (انظر الفصلين 8 و39). والمميز هنا أن المريض سأل سؤالًا مباشرًا عن أمر مكتوب في ملفه؛ فبأي وجه يُكذب عليه؟ إن الكذب أو التهرب المضلل ينقض الصدق، ويسلبه فرصة ترتيب أموره. ومع ذلك لا تُفرض عليه تفاصيل لا يريدها.

الركن الفقهي. الأصل حق المكلف في معرفة ما يتعلق بنفسه ليتهيأ للقاء ربه ويقضي حقوق العباد. والمداراة في طريقة الإبلاغ مشروعة، أما الكذب في جواب سؤال مباشر فلا. وتقدير

CC BY-NC-ND 4.0

الاستطباب للأطباء لا للأولياء كما في الفتوى [3]؛ ولا يملك المريض نفسه فرض تدخل غير مستطب (المطلب 2-3).

الركن النظامي. تجعل السياسة التواصل مع المريض أو قريبه لإعلامه بالقرار، وتقدير ملاءمته للاستشاري [4]. وهذا التقدير لا يبيح الكذب على مريض قادر يسأل؛ وإنما يعالج التوقيت والطريقة، ويوثق سببه إن أُخر.

القرار المهني الموزون. يشرح الاستشاري للابن أولًا سبب الإجابة وطريقتها، ثم يجيب المريض بصدق ورفق بعد أن يسأله عما يريد معرفته، ويبين أن الفريق لن يجري الضغطات والصدمات لأنها لن تنفعه، وأن كل رعاية أخرى مستمرة، ولا تُفرض عليه تفاصيل رفض سماعها؛ لأن للمريض القادر حقًّا في المعرفة، وقد سأل مباشرة. واستُبعد إخفاء الأمر بطلب الابن لأنه يسلب القادر حقه. ويُعاد النظر إذا قال المريض بوضوح إنه لا يريد التفاصيل ويفوض ابنه فيها، فيُحترم ذلك ويُوثق، أو إذا فقد قدرته، فيصير الإعلام للممثل.

الدرس. تقدير ملاءمة الإبلاغ في السياسة يضبط الطريقة والتوقيت، ولكنه لا يبيح الكذب على مريض قادر يسأل.

الحالة الرابعة: طفل بمرض عصبي عضلي نهائي ووالدان يعترضان

الوقائع. طفل في السابعة، بمرض وراثي عصبي عضلي نهائي، مع فشل تنفسي متقدم، ودخولات متكررة للعناية المركزة، وتوقف قلب سابق. وقرر ثلاثة أطباء مختصون، بينهم استشاري أعصاب الأطفال، أن الإنعاش لن يغير المسار وأن أعباءه راجحة. ويصر الوالدان على الإنعاش الكامل، ويريان تركه تخليًا عن طفلهما.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: مستقر نسبيًا، والتدهور متوقع • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: الطفل غير قادر، ويسمع رأيه بحسب فهمه • صاحب الصفة: الوالدان وليان مقيدان بمصلحته؛ وقرار الجدوى للأطباء بالنصاب • السؤال المطلوب تقريره: هل يملك الوالدان فرض الإنعاش؟ وكيف يدار الخلاف؟

الركن الطبي. مرض نهائي، وفشل تنفسي متقدم، وتدهورات متكررة، والإنعاش لا يغير المسار، والضرر راجح؛ والتقييم متعدد موثق [10].

الركن الأخلاقي. المعيار مصلحة الطفل الفضلى، لا رغبة الوالدين وحدها. وهي تقتضي تجنب ألم بلا منفعة، واستمرار التسكين والرعاية، ودعم الوالدين، وعدم إجراء إنعاش رمزي. واعتراضهما في الغالب خوف وحب، يحتاج إلى معالجة رحيمة.

الركن الفقهي. الولاية على الطفل مقيدة بمصلحته، ولا يملك الوليان فرض علاج ثبت عدم جدواه. وتدخل الحالة في صور الفتوى متى قرر المختصون الثلاثة ذلك [3]. ويحسن إشراك مرشد ديني يبين للوالدين أن ترك ما لا ينفع ليس تخليًا، وأن الرجاء والتوكل لا ينافيان قبول حدود العلاج.

الركن النظامي. تراعى مصلحة الطفل وأحكام نظام حماية الطفل [31]، ويستوفى النصاب والنموذج [4]، ويوثق اعتراض الوالدين ومسار معالجته، ويرفع الخلاف مع الوالدين إلى رئيس القسم أو المدير الطبي بحسب سياسة المنشأة، ثم الاستشارة الأخلاقية. ولا تتضمن السياسة الوطنية أحكامًا خاصة بالأطفال، فتسري عليهم بنصابها، ويحل الولي محل القريب في الإعلام [4].

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يُعتمد أمر عدم الإنعاش بعد استيفاء النصاب، مع اجتماع أسري منظم، وإشراك الرعاية التلطيفية للأطفال مبكرًا، ورأي ثانٍ يُعرض على الوالدين، ويقتصر الأمر على التوقف الناتج عن المسار النهائي مع استمرار الدعم الكامل؛ لأن عدم الجدوى ثابت، ومصلحة الطفل في تجنب الأذى. واستُبعد الإنعاش الرمزي لأنه يخدع الوالدين ويؤذي الطفل. ويُعاد النظر إذا طرأ تدهور حاد بسبب عارض قابل للعكس، كانسداد أنبوب أو عدوى قابلة للعلاج، فيجب علاجه كاملًا.

الدرس. ولاية الوالدين حماية للطفل، لا سلطة لفرض ما يؤذيه بلا منفعة.

مواقف متكررة

توقف مفاجئ مشهود ولم تصل الأسرة. والجواب: يبدأ الإنعاش الكامل فورًا دون انتظار؛ فالمادة الثامنة توجب المساعدة، والمادة التاسعة عشرة تجيز التدخل العاجل عند تعذر الموافقة، والسياسة تجعل الأصل الإنعاش ما لم يثبت أمر [4، 28].

ورقة قديمة بخط المريض: «لا أريد أجهزة مهما حدث». والجواب: لا تكفي وحدها لترك إنقاذ نافع في حالة قابلة للعكس؛ لغموضها، وعدم ثبوت قدرة كاتبها، ولا انطباقها على الواقعة. فيُنعش المريض أولًا، ثم تُناقش إرادته وتُوثَّق بعد استقراره (انظر الفصل 40).

مسن ذو إعاقة واقتراح عدم إنعاشه «بسبب العمر والإعاقة». والجواب: العمر والإعاقة لا يثبتان عدم الجدوى، ولا يدخلان في صور الفتوى إلا بقيودها؛ فيُقيَّم المريض فرديًا، ويُعالج السبب الحاد. والتمييز الخفي في التصعيد مبسوط في الحالة 38/2 [21].

غيبوبة في اليوم الأول بعد إنعاش ناجح وطبيب يريد أمر عدم إنعاش. والجواب: لا ينطبق «التلف الدماغي المستعصي» في الفتوى قبل اكتمال التقييم العصبي بعد زوال المؤثرات [20]. وتطبيقه في الحالة 27/3.

أمر عدم إنعاش قبل جراحة. والجواب: تنص السياسة على تعليقه تلقائيًا في الجراحة وعودته بعد 48 ساعة منها [4]، وهو حكم نافذ. ومناقشة المريض قبلها تجري داخل هذا الحكم، لتحديد ما يقبله وتوثيقه، لا بديلًا عنه. وأما الإجراء غير الجراحي تحت التخدير فلم تنص عليه السياسة، فيُرجع فيه إلى سياسة المنشأة. والتطبيق في الحالة 33/4.

مريض منقول من منشأة أخرى بأمر عدم إنعاش موقع قبل أيام. والجواب: يسري الأمر المنقول 24 ساعة وترافقه نسخته [4]؛ فيعاد تقييمه وتوقيعه في المنشأة المستقبلة خلالها.

مريض عليه أمر عدم إنعاش يختنق بلقمة في الجناح. والجواب: إزالة الانسداد والشفط والأكسجين علاج لسبب حاد، لا إنعاش؛ فتُجرى فورًا ولا يُتردد فيها. فالأمر لا ينقص الرعاية شيئًا [4]، ويُراجع نطاقه بعد الحدث.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
سرطان منتشر ومريضة قادرة ترفض الإنعاش	أمر موثق بعدم محاولة الإنعاش مع خطة تلطيفية نشطة،	الإنعاش غير مجدٍ طبيًا، والمريضة رفضته رفضًا معتبرًا؛	ظهر سبب حاد قابل للعكس؛ وطلبها إنعاشًا كاملًا في

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	ولا تُوقف المضادات أو الأكسجين أو السوائل إلا بقرار مستقل	والإنعاش «احتياطًا» أذى بلا منفعة	المرحلة نفسها لا يجعله واجبًا، بل يُعالج بالحوار لا بإنعاش رمزي
توقفات متكررة في خرف متقدم، وأبناء يطلبون «كل شيء»، ومقيم يقترح «إنعاشًا بطيئًا»	أمر صريح موثق، ولقاء أسري في اليوم نفسه يبين استمرار كل علاج نافع، ويُرفع الخلاف وفق سياسة المنشأة ثم إلى الاستشارة الأخلاقية	عدم الجدوى ثابت بالنصاب، والإنعاش البطيء خداع وأذى، وتنفيذ الطلب آليًا أذى بلا منفعة	كان التوقفان بسبب عارض قابل للعكس كاضطراب أملاح أو دواء، أو كانت العلة الخرف وحده دون مرض نهائي
ابن يطلب إخفاء أمر عدم الإنعاش عن أبيه القادر	يُشرح للابن أولًا، ثم يُجاب المريض بصدق ورفق بعد سؤاله عما يريد معرفته، مع بيان استمرار كل رعاية أخرى	للمريض القادر حق في المعرفة، وقد سأل مباشرة؛ والإخفاء بطلب الابن يسلبه حقه	قال بوضوح إنه لا يريد التفاصيل ويفوض ابنه فيها، فيُحترم ويُوثق؛ أو فقد قدرته، فيصير الإعلام للممثل
طفل بمرض عصبي عضلي نهائي، ووالدان يعترضان	يُعتمد الأمر بعد استيفاء النصاب، مع اجتماع أسري ورعاية تلطيفية للأطفال مبكرًا ورأي ثانٍ، ويقتصر على التوقف الناتج عن المسار النهائي	عدم الجدوى ثابت، ومصلحة الطفل في تجنب الأذى، والإنعاش الرمزي يخدع الوالدين ويؤذي الطفل	طرأ تدهور حاد بسبب عارض قابل للعكس، كانسداد أنبوب أو عدوى قابلة للعلاج، فيجب علاجه كاملًا

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. عودة النبض ليست نجاة، والحكم على الإنعاش يتبع قدرته على تحقيق مقصده لدى المريض بعينه.
2. أمر عدم الإنعاش ينحصر في عدم بدء المحاولة عند التوقف، ولا ينقص شيئًا من الرعاية النافعة والتلطيفية.
3. فتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ (فتاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، ج25، ص80) تجيز عدم استعمال أجهزة الإنعاش في ست صور،

CC BY-NC-ND 4.0

يشترط في خمس منها تقرير ثلاثة أطباء مختصين ثقات، ولا تجعل للأولياء رأيًا في الاستطباب.

4. القرار 3/64 وتاريخ 1/3/1434هـ قرار تشكيل لجنة الإعداد، والسياسة الوطنية صدرت عن المجلس الصحي السعودي في 14/6/1438هـ (13 مارس 2017م) بعد مراجعة شرعية لدى سماحة المفتي واللجنة الدائمة.
5. نصاب السياسة ثلاثة أطباء: الاستشاري المعالج واثنان لا يقلان عن أخصائي؛ والتواصل مع الأسرة إعلام وشرح لا استئذان.
6. الإنعاش البطيء أو الرمزي خطأ مستقل، لا حل وسط، وتمنعه الفقرة (1/9) من اللائحة التنفيذية في نسخة وزارة الصحة كما يمنعه الصدق.
7. العمر والإعاقة وحدهما ليسا سببًا لعدم الإنعاش، وقيود الصورة الرابعة في الفتوى تمنع ذلك.

التوصيات

للممارس: ابدأ بأهداف الرعاية لا بسؤال «إنعاش أم لا»؛ واستبعد الأسباب القابلة للعكس قبل الحكم؛ ووثق أساس الأمر ونطاقه؛ وقدم للأسرة توصية واضحة وبين ما يستمر من رعاية؛ ولا تشارك في إنعاش رمزي.

للمنشأة: اعتمد نموذجًا موحدًا وفق السياسة الوطنية يوضع ورقة أولى في الملف؛ وامنع الأوامر الشفهية؛ واكتب في السياسة الداخلية منع الإنعاش البطيء أو الرمزي صراحة؛ ونظم مراجعة الأمر عند النقل والجراحة؛ وأتح مسارًا سريعًا للخلاف يبدأ برئيس القسم.

للتعليم والبحث: درّب على محادثات المرض الخطير بالعربية، وعلى شرح الفتوى 12086 والسياسة الوطنية للأسر؛ وادرس أثر السياسة الوطنية على الممارسة في المملكة، ومدى وقوع الإنعاش الرمزي، وفهم الأسر لمعنى الأمر.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فقرار الإنعاش يقف عند حد فاصل بين واجبين كلاهما من حفظ النفس: إنقاذ حياة يمكن إنقاذها، وصون محتضر عن تدخل لا يرد عنه قدرًا ولا ينفعه. فالإنعاش ليس قيمة مطلقة ولا عبثًا محضًا، وعدم الإنعاش ليس تخليًا ولا تعجيلًا بالموت. وقد أعطت الفتوى 12086 والسياسة الوطنية الممارس في المملكة إطارًا مكتوبًا واضحًا؛ وبقي عليك، رعاك الله، أن تحسن التصور، وتصدق في الحوار، وتوثّق بدقة، ولا تترك مريضك وحده حتى آخر لحظة.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. لماذا لا تكفي عودة النبض للحكم بنجاح الإنعاش؟ وما مستويات النتيجة التي يجب التمييز بينها؟
2. فرق بين عدم الجدوى وضآلة المنفعة وعدم التناسب، وبين من يقرر كلًا منها.
3. ما بيانات فتوى اللجنة الدائمة رقم 12086 (الرقم والتاريخ والموضع)؟ وما القيد الذي يمنع استعمال صورتها الرابعة ذريعة للتمييز؟

CC BY-NC-ND 4.0

4. ما طبيعة قرار المجلس الصحي السعودي 3/64؟ ومتى صدرت السياسة الوطنية لحالات عدم الإنعاش؟ وما نصابها؟
5. أسرة تطلب «فعل كل شيء» لمريض ثبت عدم جدوى إنعاشه. صمم خطة اللقاء الأسري خطوة خطوة.
6. لماذا يعد الإنعاش البطيء أو الرمزي خطأ مستقلًا؟ اذكر سنده الأخلاقي والفقهي والنظامي.
7. مريض قادر عليه أمر عدم إنعاش يسأل: «ماذا ستفعلون إن توقف قلبي؟» وابنه يطلب الإخفاء. كيف تجيب؟ وما حدود تقدير ملاءمة التواصل في السياسة؟
8. مريض بأمر عدم إنعاش يحتاج جراحة عاجلة. ما حكم السياسة الوطنية؟ وما موقع المناقشة المسبقة منه؟ وما الحكم في إجراء غير جراحي تحت التخدير؟

المراجع

Elmer J, Atkins DL, Daya MR, Del Rios M, Fry JT, Henderson CM, et al. Part [1] 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(16 Suppl 2):S323–S352. doi:10.1161/CIR.0000000000001371

Raffay V, Wittig J, Bossaert L, Djakow J, Djarv T, Estella García Á, et [2] al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Ethics in Resuscitation. Resuscitation. 2025;215:110734. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110734

[3] اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والإفتاء. الفتوى رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ في استعمال أجهزة الإنعاش. فتاوى اللجنة الدائمة، المجموعة الأولى، ج25، ص80. نصها منقول في الموسوعة الفقهية، مؤسسة الدرر السنية. dorar.net؛ وفي تاريخها ومضمونها: صحيفة عكاظ، «الفتاوى الفقهية أجازت نزع الأجهزة عن المتوفين دماغياً»، 16 أكتوبر 2010م. okaz.com.sa

[4] المجلس الصحي السعودي. السياسة والإجراءات الوطنية لحالات عدم الإنعاش (National Policy and Procedure for DNR Status). 14 جمادى الآخرة 1438هـ (13 مارس 2017م)؛ أعدت بعد قرار المجلس رقم (3/64) وتاريخ 1/3/1434هـ (13 يناير 2013م) بتشكيل لجنة لإعدادها، وتثبت ضمن مراجعها الفقهية فتوى اللجنة الدائمة رقم (12086) وتاريخ 30/6/1409هـ. النسخة الإنجليزية: moh.gov.sa؛ والنسخة العربية: moh.gov.sa

Al Sheef M, Al Sharqi M, Al Sharief L, Takrouni T, Mian A. Awareness of do- [5] not-resuscitate orders in the outpatient setting in Saudi Arabia: perception and implications. Saudi Med J. 2017;38(3):297–301. doi:10.15537/smj.2017.3.18063

Al Ahmadi JR, Aljehani SN, Bahakeem LM, Hijan BA, Mayet SA, Badahdah [6] YA. Knowledge and attitude toward do-not-resuscitate among patients and their relatives visiting outpatient clinics at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. Saudi Med J. 2020;41(1):53–58. doi:10.15537/smj.2020.1.24782

CC BY-NC-ND 4.0

Mobeireek AF, Al-Kassimi FA, Al-Majid SA, Al-Shimemry A. Communication [7] with the seriously ill: physicians' attitudes in Saudi Arabia. J Med Ethics. 1996;22(5):282–5. jme.bmj.com

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and [8] ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949–54. doi:10.7326/0003-4819-112-12-949

Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, Lo B, Truog RD, Rushton CH, et al. An [9] official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. Am J Respir Crit Care Med. 2015;191(11):1318–30. doi:10.1164/rccm.201505-0924ST

Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, [10] et al. Defining futile and potentially inappropriate interventions: a policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Crit Care Med. 2016;44(9):1769–74. doi:10.1097/CCM.0000000000001965

Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. JAMA. [11] 2011;306(13):1483–4. doi:10.1001/jama.2011.1413

Bernacki RE, Block SD. Communication about serious illness care goals: [12] a review and synthesis of best practices. JAMA Intern Med. 2014;174(12):1994–2003. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5271

Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et [13] al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. J Pain Symptom Manage. 2017;53(5):821–832.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331

Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et [14] al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 2008;36(3):953–63. doi:10.1097/CCM.0B013E3181659096

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [15] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach [16] to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2022. mheducation.com

Albar MA, Chamsi-Pasha H. Contemporary Bioethics: Islamic Perspective. [17] Cham: Springer; 2015. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18428-9

Chamsi-Pasha H, Albar MA. Do not resuscitate, brain death, and organ [18] transplantation: Islamic perspective. Avicenna J Med. 2017;7(2):35–45. https://doi.org/10.4103/2231-0770.203608

Padela AI. Islamic medical ethics: a primer. Bioethics. 2007;21(3):169– [19] 78. https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00540.x

Nolan JP, Sandroni C, Cariou A, Cronberg T, D'Arrigo S, Haywood K, et [20] al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2025: post-resuscitation care. Intensive Care Med. 2025;51(12):2213–2288. https://doi.org/10.1007/s00134-025-08117-3

[21] نظـام حقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة، الصـادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/27) وتـاريخ 11/2/1445هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (110) وتاريخ 6/2/1445هـ. جريدة أم القرى، 23/2/1445هـ (8/9/2023م). uqn.gov.sa

World Health Organization. Palliative care: fact sheet. Geneva: WHO; [22] 2020. who.int

[23] سنن أبي داود، كتاب الطب، باب في الرجل يتداوى، ح 3855 (من حديث أسامة بن شريك، وصححه ح الألباني)؛ وجامع الترمذي، أبواب الطب، باب ما جاء في الدواء والحث عليـه، ح 2038. sunnah.com

[24] سنن ابن ماجه، كتاب الأحكام، باب من بنى في حقه ما يضر بجـاره، ح 2341 («لا ضـرر ولا ضرار»). sunnah.com

[25] السيوطي، جلال الدين عبد الـرحمن بن أبي بكـر الأشـباه والنظـائر في قواعـد وفـروع فقـه الشافعية. ط1. بيروت: دار الكتب العلمية؛ 1403هـ (1983م). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[26] العز بن عبد السـلام، عـز الـدين عبـد العزيـز بن عبـد السـلام السـلمي (ت 660هـ). قواعـد الأحكام في مصالح الأنام. نسخة إلكترونية: shamela.ws

[27] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهـزة الإنعـاش. الـدورة الثالثـة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. iifa-aifi.org

[28] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بنـاءً على قـرار مجلس الـوزراء رقم (276) وتـاريخ 3/11/1426هـ؛ ولا سـيما المواد الثامنة والتاسعة والخامسة عشرة والسابعة عشرة والتاسعة عشرة والسادسة والعشـرون والسابعة والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[29] اللائحة التنفيذية لنظام مزاولة المهن الصـحية، الصـادرة بـالقرار الـوزاري رقم (4080489) وتـاريخ 2/1/1439هـ، وزارة الصـحة؛ ولا سـيما الفقـرة (1/9) من لائحـة المـادة التاسـعة (وهي الفقرة 1-8 في الإصدار الثالث للنظام ولائحته، 1440هـ/2019م). moh.gov.sa

[30] وزارة الصحة والمركز السعودي لسلامة المرضـى. الـدليل السـعودي للإذن الطـبي. الطبعـة الأولى، 1440هـ/2019م (أُعلن في 12 ربيع الآخر 1441هـ / 9 ديسمبر 2019م). moh.gov.sa

[31] نظام حماية الطفل، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/14) وتـاريخ 3/2/1436هـ، والمعـدَّل بالمرسـوم الملكي رقم (م/72) وتـاريخ 6/8/1443هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الـوزراء. laws.boe.gov.sa

[32] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. أخلاقيات الممارس الصحي. الطبعـة الثالثـة، 1435هـ/2014م (النسخة المنشورة على موقع الهيئة، يونيو 2026م). scfhs.org.sa

CC BY-NC-ND 4.0